

**Déclaration d'accident COUREURS (non-professionnels)**

ASSURANCE INDIVIDUELLE  
CONTRE LES ACCIDENTS CORPORELS

La présente déclaration doit être adressée **dans les 10 jours**  
qui suivent l'accident, avec réponses précises aux questions, à la  
s.a. CONCORDIA  
Sassevaartstraat 46/301 - 9000 GENT  
Tél.: (09) 264.11.11 - Fax: (09) 223.91.00

1. Organismes de la course (noms et adresses):.....
2. Nom et prénoms du coureur accidenté: .....
- Adresse: .....
- Date de naissance:.....      Compte IBAN N : .....
- Adresse email : .....      Tél: .....
3. Catégorie et numéro de la licence FCWB: .....
4. Lieu précis, date et heure de l'accident: .....
5. L'accident est-il survenu lors d'une course ou à l'entraînement? .....
6. Relation concise des circonstances de l'accident: .....
- .....
7. L'accident est-il imputable à la faute d'un tiers?.....
- Dans le cas affirmatif, prière de remplir aussi le formulaire vert.
8. Autorité de police ou de gendarmerie qui a dressé le procès-verbal: .....
9. L'accidenté possède-t-il une autre assurance hospitalisation / individuelle? .....
- A titre personnel ou par l'employeur ? .....
- Le cas échéant, nom et adresse de la compagnie d'assurances: .....
10. Exercez-vous une profession autre que celle de coureur cycliste? Laquelle? .....
11. Nom et adresse de votre employeur:.....
12. Nom et adresse de votre mutuelle:.....
13. A quel club êtes-vous affilié ? .....

Les données qui nous sont communiquées peuvent être traitées par notre compagnie en vue du service à la clientèle, de l'acceptation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres. Le(s) signataire(s) donne(nt) son(leur) consentement spécial pour le traitement des données médicales le(s) concernant. Les personnes concernées peuvent connaître et faire rectifier ces données. Elles peuvent obtenir des renseignements complémentaires auprès de la Commission de la protection de la vie privée (Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée).

Date: .....      Certifié sincère et conforme  
Signature du coureur accidenté

## CERTIFICAT MEDICAL

à remplir par le médecin traitant

VICTIME BENEFICIAIRE - Nom et adresse: .....

Date de l'accident: Date du premier examen: .....

Lésions constatées: .....

Durée prévue de l'incapacité de travail:

- totale du ..... au ..... incl.

- partielle % du ..... au ..... incl.

La victime est soignée à: .....

Le traitement institué est le suivant: .....

L'intervention d'un médecin-spécialiste paraît être: utile - inutile.

La radiographie est: nécessaire - utile - superflue.

L'hospitalisation: s'impose - ne s'impose pas.

Il est à craindre qu'il subsistera une / aucune incapacité permanente qui consistera vraisemblablement en:

Estimez-vous que ces blessures résultent exclusivement d'une chute de bicyclette ? .....

OBSERVATIONS: état antérieur ..... Cachet, date et signature du médecin